Lane Medical Library

Erfolg und Mißerfolg bei der Behandlung von Lupuskranken mit Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gerson-Diät nach einer 10jährigen Beobachtung.

DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Hessischen Landesuniversität zu Gießen

vorgelegt von

Medizinalpraktikant

KARL SCHNABEL

aus Hainstadt (Kr. Offenbach).

Gießen

1 9 3 8

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Dekan: Prof. Dr. Seiser
Referent: Prof. Dr. W. Schultze

Um die Rechtfertigung der mir gestellten Aufgabe zu verstehen, erscheint es mir wichtig, eine kurze Angabe über die Entwicklung der Therapie des Lupus vulgaris zu machen, um zu zeigen, daß diese sozialpolitisch keineswegs unwichtige Erkrankung, wir haben in Deutschland ca. 65 000 Lupuskranke, erst relativ spät wirksamen therapeutischen Verfahren unterworfen worden ist. Noch zu Anfang unseres Jahrhunderts stand man ausgedehnten lupösen Erkrankungen vollkommen machtlos gegenüber. Man konnte für die armen Kranken nur das Gefühl des Mitleids und Bedauerns aufbringen und wußte sich keinen anderen Rat, als die Kranken in Siechenhäusern unterzubringen. Wohl wurden grobmechanische Verfahren geübt, die bei nicht zu großer Ausdehnung der Erkrankung den Herd mit zerstörenden Mitteln, wie Brenneisen, scharfen Löffeln usw. zu beseitigen suchten. Das Resultat waren häßliche entstellende Narben ohne Gewähr der Rezidivfreiheit. Auch die Röntgen- und Radiumbehandlung vermochte nicht wesentlich mehr zu leisten, als die zerstörenden mechanischen Methoden. Neben den oft unerfreulichen kosmetischen und funktionellen Resultaten drohte immer die Gefahr der malignen Degeneration der bestrahlten Hautgebiete und die Bildung schlecht heilender Ulzerationen. Auch mit Tuberkulin- und Goldinjektionen waren keine zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen. Mit relativ gutem Erfolg wurden die Intensivbestrahlungen nach Finsen angewandt, jedoch ist deren Anwendungsgebiet sehr beschränkt. Eine entscheidende Änderung erfuhr die Behandlung der Hauttuberkulose, als man erkannt hatte, daß es sich dabei nicht um eine lokale Erkrankung der Haut allein handelte, sondern daß die ganze Funktion der Haut darniederlag und auch der Gesamtorganismus tuberkulös erkrankt war. Daraus wurde die notwendige Folgerung gezogen, daß Maßnahmen ergriffen werden mußten, die die Haut und den Gesamtorganismus abwehr- und heilkräftigend beeinflußten. Zuerst waren es Sonnenbäder, für die sich die Wegbereiter und Verfechter dieser Heilmethode, vor allem Rollier, Jesionek und Bernhardt tatkräftig einsetzten. Jesionek war schon bald der Überzeugung, daß es gelingen müßte, ohne zerstörende lokale Maßnahmen, die „domestizierte" funktionstüchtige Haut des Kulturmenschen durch Ausnutzung der natürlich gegebenen Umweltfaktoren Licht, Luft und Wasser den Organismus in die Lage zu versetzen, Stoffe zu erzeugen, die dem Säftestrom beigegeben, imstande sind, tuberkulöses Gewebe zur Resorption zu bringen. Tatsächlich gelang es auch bei systematisch durchgeführter Hautpflege, die in Sonnenbädern, Plantschbädern und Freiluftgymnastik bestand, tuberkulöse Erschei-

nungsformen der Haut weitgehend günstig zu beeinflussen. Wenn auch die kosmetischen Ergebnisse diese Behandlungsart vor allen anderen auszeichnete, so schränkten doch die lange Behandlungsdauer in Verbindung mit den recht häufigen Rezidiven die Anwendungsmöglichkeit ein. Außerdem waren diese Methoden nur in gut geleiteten Heilstätten durchführbar. Forschergeist und biologisches Denken legten auch Jesionek schon sehr frühe den Gedanken nahe, das Geschehen an der Haut über den Stoffwechsel günstig zu beeinflussen. Doch waren die Ergebnisse der hier durchgeführten Ernährungsversuche bei Hauttuberkulösen wenig erfolgversprechend. So kam es auch, daß Jesionek erst nach langen kritischen Überlegungen und Zweifeln, jedoch ermutigt durch die veröffentlichten Erfolge von Sauerbruch-Herrmannsdorfer und Gerson, sich entschloß, 1928 Versuche mit der neuen Ernährungsbehandlung an dem großen Krankengut der hiesigen Lupusheilstätte durchzuführen.

Ganz und gar gegen die Erwartung beobachteten Jesionek und seine Mitarbeiter damals, daß Heilungsvorgänge und Heilungen erzielt wurden, daß Lupusherde verschwanden, ohne daß an den Patienten etwas anderes vorgenommen wurde, als daß man sie der Diätbehandlung unterstellte. Die Art, wie die tuberkulösen Infiltrationen auf die Diät ansprachen, welche Veränderungen sich an ihnen zeigten, will ich noch einmal kurz anführen, weil sie fast gesetzmäßig sich bei allen Diätpatienten wieder findet.

Mit der einen Ausnahme, daß Lupusknötchen reaktionslos verschwanden, beobachtete man, daß die anfangs mehr dunkelbraunrote Farbe der Knötchen von der 3. Woche an in ein lebhaftes Hellrot überging, und daß sich um die Knötchen herum ein rosaroter Saum bildete, der dann im Verlauf von Wochen wieder verschwand. Die Lupusknötchen lagen dann ganz deutlich in blasserer Umgebung. Im weiteren Verlauf machten sich deutlich Rückbildungserscheinungen bemerkbar. Die Knötchen verschwommen, zerflossen und wurden resorbiert.

Die Zeit, in der sich dieser Vorgang bei den einzelnen Patienten und an den verschiedenen Herden vollzog, war zeitlich nicht gleich, dauerte aber im allgemeinen mehrere Monate. Die hier anfänglich erzielten Erfolge waren überraschend und viele hervorragende Fachvertreter des In- und Auslandes konnten sich hier von der großartigen Heilwirkung der salzlosen Diät auf tuberkulöse Hauterkrankungen überzeugen, und kamen nach sorgfältiger Überprüfung zu ähnlichen Ergebnissen.

Natürlich wurden auch hier wie von anderen Nachprüfern Mißerfolge beobachtet. Das ist aber im Rahmen der ganzen Therapie nichts Neues, so lange es sich nicht um ein spezifisches Therapeutikum handelt, wie es etwa das Salvarsan bei der Lues oder das Germanin bei der Schlafkrankheit ist. Und daß es sich bei der Diättherapie des Lupus vulgaris um keine spezifische Therapie in diesem Sinne handelt, darüber bestanden wohl niemals Zweifel.

In Gießen hat man nach langen Versuchen die Überzeugung gewonnen, daß auf die Kochsalzarmut und den Vitaminreichtum der Kost der größte Wert zu legen ist, weshalb sie in dieser Form auch noch heute, jedoch in Kombination mit alten bewährten und neuen sehr wirksamen Verfahren angewendet wird.

Betont sei an dieser Stelle, daß die Einführung der Diättherapie nach S. H. G. an der Gießener Lupusheilstätte ein wissenschaftliches Experiment sein sollte und auch war. Die später aufgeführten Tabellen werden das noch anschaulicher zeigen.

Obgleich die mit der Diättherapie anfänglich erzielten Erfolge erstaunlich waren, so war man sich hier bald über deren Mängel im Klaren, die darin bestehen, daß

1) die Kost sehr teuer ist, wodurch sich der Tagespflegesatz auf 6—7 RM. belaufen muß;

2) die Patienten zu unnötig langem Heilstättenaufenthalt gezwungen werden, was die Kostenträger (vorwiegend soziale Versicherungen und Fürsorgen) auf die Dauer zu sehr belastet;

3) keineswegs alle Patienten auf die Diättherapie ansprechen, manche zeigen sogar Progredienz.

Daß diesen Mängeln entsprechend gehandelt wurde, beweist, daß von den rund 850 Kranken, die in den Jahren 1928/30 hier behandelt wurden, nur 64 Patienten während der später angegebenen Behandlungszeit ohne jede lokale Maßnahme blieben. Von diesen 64 Patienten wurden nur 26 rein diätetisch behandelt, während die übrigen 38 noch allgemeine Lichtbäder erhielten. Es unterstand also die überwiegende Mehrzahl der Patienten der kombinierten Diät-Lichtbehandlung, wobei unter Lichtbehandlung lokale und allgemeine Belichtungen zu verstehen sind. Die allgemeinen Bestrahlungen wurden im Winter mit den Hallen-Quecksilberdampflampen nach Jesionek in den sogenannten Solarien und im Sommer im Sonnenbad durchgeführt. Zu örtlichen Bestrahlungen wurden die Quecksilberdampflampe nach Bach oder das wassergekühlte Modell nach Kromayer verwandt.

Daß die Diätbehandlung mit Belichtungen kombiniert wurde, zeigt, wie wenig man hier geneigt war, auf die lang erprobte Heilwirkung der Ultraviolettstrahler zu verzichten; man hoffte vielmehr in dieser glücklichen Vereinigung potenzierte Heilwirkungen zu erzielen, was auch gelungen ist.

Gegen eine wenig wertvolle Kritik an hier behandelten Lupuskranken in einer Tübinger Dissertation (Diss. Göckel) möchte ich mich an dieser Stelle wenden. Der Verfasser zählt eine Reihe angeblich nur diätbehandelter Patienten auf und stellte diesen die Erfolge der in Tübingen geübten Methoden gegenüber. Dazu sei folgendes bemerkt, daß

1) wohl bei jeder vernünftigen Lupusbehandlung über eine Reihe von Dauererfolgen berichtet werden kann;

2) die hier unter der kombinierten Diät-Lichtbehandlung (nicht reine Diätbehandlung) gestandenen Patienten zum größten Teil vorher in Tübingen erfolglos behandelt waren;

3) nur Angaben über die Behandlungsdauer in Gießen gemacht wurden, während diejenige von Tübingen verschwiegen wird;

4) von Gießener Fällen wurden alle aufgeführt, ob knötchenfrei entlassen oder nicht, während von Tübingen nur über geheilte Fälle berichtet wird.

Meines Erachtens ist eine reelle Vergleichsmöglichkeit nur gegeben, wenn die Vergleichsobjekte gleich sind. Diese wichtige Voraussetzung ist aber nach den aufgeführten Punkten in vieler Hinsicht nicht erfüllt, wodurch die ganze Arbeit nicht stichhaltig wird.

10 Jahre sind jetzt verflossen, seitdem an der Gießener Lupusheilstätte Versuche mit der Diättherapie des Lupus vulgaris gemacht wurden. Inzwischen ist sehr viel über die Kostform, (Blumenthal, Bommer, Gerson u. a.), die Art der Verabreichungsweise (Jesionek, Volk, Wichmann, Bernhardt, Bommer) über Erfolge und Mißerfolge und Wirkungsmechanismus berichtet worden.

Statistische Feststellungen über eine längere Beobachtungszeit bei diätbehandelten Lupuskranken waren schon lange ein großes Bedürfnis, weil damit klargestellt werden kann, ob es heute noch zweckmäßig ist, Hauttuberkulöse nach den Diäten von Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gerson anzugehen.

Aus diesem Grunde unternahm ich es, statistische Untersuchungen an hier mit SHG-Diät behandelten Patienten zu erheben, wobei ich noch weitere für die Stabilität der Heilungen wichtige Punkte einbezog.

Da nun damals Lupuskranke eigentlich aus dem ganzen Reich in Gießen in Behandlung standen, war es notwendig, an Hand eines Fragebogens die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Form des Fragebogens weicht insofern von den meist gebräuchlichen ab, als ich mich nicht an die Patienten selbst, sondern an die zuständigen Lupusbeauftragten wandte, um objektive Angaben zu erhalten.

Der Fragebogen lautete:

Name Vorname geb.
aus

1) Traten Rezidive an den früheren Lupusherden auf?
2) Wann traten diese ein?
3) Ergebnis der Röntgenaufnahme der Lunge?
4) Bestehen tuberkulöse Herde an anderen Organen oder Organsystemen:
5) Welche Behandlung wurde weiter eingeleitet? Angaben über Dauer, Kosten usw. erwünscht.
6) Wie verhielten sich die als gebessert entlassenen Kranken? (Ergänzung wie bei 5).

7) Mit welchem Erfolg wurde die später einsetzende Behandlung durchgeführt?
8) In welchem Zustand befinden sich die Kranken, die ohne Rezidive blieben?
9) Sind diese Kranken in Arbeit?
10) Haben diese Familie und ist diese gesund?

Wie aus dem Fragebogen ersichtlich ist, waren uns neben dem Verhalten der Hautherde vor allem das Bestehen tuberkulöser Veränderungen, insbesondere der Lungen wichtig; denn die noch vielfach geäußerte Meinung, daß Organtuberkulosen bei Lupuskranken nicht vorkommen, beziehungsweise daß die Hauttuberkulose den Organismus vor tuberkulösen Erkrankungen anderer Organe schützte, muß als völlig irrig angesprochen werden. Vielmehr ist der Grund dieser Meinung darin zu suchen, daß bei Hauttuberkulösen eine eingehende klinische und röntgenologische Untersuchung, besonders der Lungen unterlassen wurde, und damit aktive und inaktive Prozesse der Lungen unaufgeklärt blieben. Wohl ist es richtig, daß bei Lungentuberkulösen selten Hauttuberkulosen beobachtet werden, aber keineswegs ist das Umgekehrte der Fall. Es ist deswegen heute bei allen Hauttuberkulösen eine röntgenologische Untersuchung der Lungen zu fordern, weil damit einmal schwere Behandlungsfehler (Lichttherapie) vermieden werden, andererseits wichtige prognostische Schlüsse gezogen werden können; denn zweifellos beeinflußt eine bestehende Lungentuberkulose die Heilungsdauer und die Dauerheilungsaussichten von tuberkulösen Hautherden im ungünstigen Sinne, eine Beobachtung, die man immer wieder machte, für die jedoch eine restlose Erklärung heute noch nicht gegeben werden kann.

Auch ist im Rahmen des ganzen Tuberkulosebekämpfungsproblems nicht unwichtig zu wissen, daß anamnestisch die Lupuskranken in einem hohen Prozentsatz, sowohl in der Familien- als auch in der eigenen Vorgeschichte tuberkulös belastet sind. Wir konnten bei den hier in Frage kommenden Kranken 40,6% floride Tuberkulosen in der Familien- und 32,8% in der eigenen Anamnese eruieren. Angaben über bestehende Organtuberkulosen können von uns nicht gemacht werden, da diese Frage sowie auch die Frage nach den Arbeitsverhältnissen der Lupuskranken sehr lückenhaft beantwortet wurden.

Überhaupt waren unsere Nachforschungen zum Teil mit großen Schwierigkeiten verbunden, weil z. B. durch Wohnungswechsel die Kranken dem Lupusbeauftragten aus den Augen kamen. Erst durch Nachfragen bei den Meldeämtern, Gesundheitsämtern und dem für den neuen Wohnsitz zuständigen Lupusbeauftragten, war es möglich, etwas über die Patienten zu erfahren. Dazu war ein ausgedehnter Schriftwechsel nötig. Trotz aller Bemühungen war es in manchen Fällen nicht möglich, die gewünschten Auskünfte zu erhalten, weil die Patienten zu Nachuntersuchungen und Sprech-

tagen auch bei mehrfacher Aufforderung seitens der Lupusbeauftragten und Gesundheitsämter nicht erschienen.

Die folgende Tabelle soll einen Überblick über die hier diätbehandelten Patienten geben, wobei die reinen Diätpatienten getrennt von den noch zusätzlich Allgemeinbelichteten rubriziert wurden.

Tabelle I.

Zahl der Patienten	männlich	weiblich	Behandlungsdauer in Monaten	geheilt	ohne allgem. Belichtung	mit allgem. Belichtung	gebessert	ohne allgem. Belichtung	mit allgem. Belichtung	ungeheilt
2	1	1	$1^1/_2$	—	—	—	2	2	—	—
11	2	9	2	4	3	1	6	4	2	1
8	3	5	3	5	3	2	3	2	1	—
6	1	5	4	—	—	—	6	2	4	—
6	3	3	5	—	—	—	6	2	4	—
8	2	6	6	3	1	2	5	2	3	—
2	—	2	7	1	—	1	1	1	—	—
5	2	3	8	3	1	2	2	—	2	—
3	1	2	9	2	1	1	1	—	1	—
2	—	2	10	—	—	—	1	—	1	1
5	4	1	11	4	2	2	1	—	1	—
3	—	3	12	1	—	1	2	—	2	—
1	—	1	13	1	—	1	—	—	—	—
1	—	1	15	1	—	1	—	—	—	—
1	—	1	16	—	—	—	1	—	1	—
64	19	45		25	11	14	37	15	22	2

Aus der Tabelle I ergibt sich, daß von den 64 diätbehandelten Lupuskranken 35,9% erscheinungsfrei, 61,1% gebessert und 3% ungeheilt zur Entlassung kamen. Erstaunlich erscheint dabei der hohe Prozentsatz der geheilten und gebesserten Kranken in den ersten 6 Monaten, was teilweise, aber nicht regelmäßig mit der Art und der Ausdehnung des Krankheitsprozesses zusammenhängt. Die Zahl der nur Diätpatienten nimmt bei dem großen Krankenmaterial, das hier der salzarmen Kost unterstellt wurde, vom 6. Monat an auch wieder ab. Das findet seine Erklärung darin, daß man hier weit davon entfernt war, rücksichtslos der Diättherapie zu schwören. Vielmehr traten immer dann, wenn Fortschritte in den Heilungsvorgängen nicht mehr festzustellen waren, lokale Maßnahmen

in ihr Recht, die vorzugsweise in Belichtungen bestanden. Da aber nach 4—5 Monaten fast regelmäßig ein Stillstand in den Auflösungs- und Resorptionsprozessen an den lupösen Hautherden eintrat, war es verständlich, die Heilung mit anderen Mitteln anzustreben, bezw. zu beschleunigen. So kam es, daß mit zunehmender Behandlungsdauer die Zahl derjenigen Patienten, die in den Rahmen dieser Arbeit fallen, immer weniger wurden, wie es aus der Tabelle I ersichtlich ist.

Die folgendeen Tabellen sollen das weitere Schicksal der geheilten und gebesserten Patienten veranschaulichen.

Tabelle II.

Geheilte Patienten	Ohne Recidive	Mit Recidiven	Ohne Nachricht	Gestorben	Carcinombildung
ohne allgem. Belichtung					
11	5	4	1	1	1
mit allgem. Belichtung					
14	5	7	1	1	—

Die Tabelle II zeigt, daß es gelungen ist, allein durch die Diättherapie Heilungen über 10 Jahre zu erzielen, wobei ein wesentlicher Unterschied im Verhalten der reinen Diätfälle und den zusätzlich allgemein belichteten Kranken nicht besteht, sodaß man mit Recht der Heilkost allein den Erfolg zuschreiben kann. Auch in bezug auf das zeitliche Auftreten der Rezidive verhielten sich beide Gruppen ziemlich gleich, weshalb ich im Folgenden die bestrahlten und unbestrahlten Patienten in eine Tabelle nahm.

Tabelle III.

Die Recidive traten auf nach	1/4	1/2	1	2	3	4	5	6	7	Jahren
bei	2	1	2	—	2	—	1	2	1	Patienten

Aus der Tabelle III ist zu ersehen, daß der erste Gipfel (20%) der Rezidive schon 1 Jahr nach der Entlassung aus der Heilstätte

liegt, während nach 5 Jahren noch 56% der erscheinungsfrei entlassenen Patienten ohne Rezidiv geblieben sind. Über das Verhalten der gebesserten Patienten gibt die folgende Tabelle Aufschluß.

Tabell IV.

Verschlechterung nach	1/4	1	2	3	4	5	6	7	9			Jahren
bei	2	4	3	2	3	1	2	6	8	6	2	Patienten

Die Tabelle IV zeigt im Ganzen ein ähnliches Verhalten wie die Tabelle III. Auch bei den gebessert entlassenen Patienten ist ein Höhepunkt der Rückfälle nach 1 Jahr zu verzeichnen, während bei dem größten Prozentsatz der durch die Diätbehandlung erreichte Zustand stationär blieb. Die Gründe für die Verschlechterung konnten in den meisten Fällen nicht klargestellt werden. Bei den Rückfällen im Laufe des ersten Jahres nach der Entlassung spielt zweifellos das Bestehen einer Lungentuberkulose eine Rolle. Einmal kam es zu einem Rezidiv im Anschluß an eine Schwangerschaft, eine Tatsache, die für das Aufflackern von Lungentuberkulosen schon lange bekannt ist.

Das gehäufte Auftreten von Rückfällen bei Kranken mit Lungenbefunden, läßt einen Faktor vermuten, der für das Behandlungsproblem und für die Beurteilung der Dauererfolge bei der Hauttuberkulose nicht unwichtig zu sein scheint und über den erst nach lange genug durchgeführten obligatorischen, radiologischen Lungenuntersuchungen das Wort zu sprechen ist. Auch wird es dann vielleicht möglich sein, die zweifellos bestehenden Wechselbeziehungen zwischen der Tuberkulose der Lungen und der Haut einer weiteren Klärung zuzuführen. Jedenfalls ist es sicher kein Zufall, daß gerade Lupuskranke mit irgendwelchen Lungenprozessen sehr frühzeitig Verschlechterungen an den gebesserten oder geheilten Hautherden zeigen.

An Hand unserer Beobachtungen, die sich jetzt bei nur mit salzloser Diät behandelten Patienten jetzt über 10 Jahre erstrecken, konnten wir nachweisen, daß fast ausschließlich alle Lupeskranke eine weitgehende Besserung unter der Ernährungsbehandlung erfahren haben, und daß der größte Teil noch nach 5 Jahren ohne Rezidiv blieb. Der große therapeutische Wert der salzlosen Diät für die Behandlung der Hauttuberkulose kann demnach heute nicht mehr bestritten werden. Es ist daran festzuhalten, daß es sich um eine Heilkost im wahrsten Sinne des Wortes handelt, die zur Grundlage jeder klinischen Behandlung des Lupus vulgaris gemacht

werden sollte, weil man durch sie ohne den klinischen Betrieb irgendwie zu belasten, mühelos den Lupuskranken ein Heilfaktor angedeihen lassen kann, auf dessen Basis therapeutische Maßnahmen lokaler und allgemeiner Art wesentlich vorteilhafter zur Wirkung kommen können.

Wir sehen in der salzlosen Diät, deren Heilwirkung jetzt auch mit Dauererfolgen belegt werden kann, eine Standartkost, die ein unentbehrlicher Faktor im Rüstzeug der Lupusbehandlungsmethoden darstellt, zumal eine Verteuerung der Behandlung bei entsprechender Abänderung der Heilkost im Sinne der wirksamen Faktoren nicht eintritt.

Abschließend stellen wir also fest, daß man mit der salzarmen Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris imstande ist, weitgehende Besserungen, Heilungen und Dauerheilungen zu erzielen und daß sie somit als wirksame Waffe im Kampfe gegen die Hauttuberkulose zu gelten hat; denn es gibt keine andere Behandlungsmethode, die in der Schönheit des kosmetischen Effektes dieser gleichkommt, und das einwandfrei kosmetische Resultat muß eine große Rolle spielen, weil es sozialpolitisch von größter Bedeutung ist. Wenig nützt man einem schon ohnehin durch seine Erkrankung entstellten Patienten, wenn man durch therapeutische Eingriffe die Entstellung noch weiter treibt, denn alle Bemühungen, einen solchen Kranken wieder in das Erwerbsleben zu bringen, würden erfolglos sein. Deshalb muß unser therapeutisches Handeln von Gesichtspunkten geleitet sein, die die Kranken ohne Schädigungen zu setzen, kosmetisch tadellos herstellen und ihnen damit die Einreihung in das öffentliche und Erwerbsleben gewährleisten, ohne auffällig das ästhetische Empfinden der Mitmenschen zu stören. Dieses erstrebenswerte Resultat kann durch die Ernährungsbehandlung allein erreicht werden, wie es von uns und anderen auch geschah. Jedoch muß zugegeben werden, daß die anfänglich verblüffenden Erfolge bei diätbehandelten Lupuskranken zu übereilten frühreifen Veröffentlichungen führten, die den Nachteilen zu wenig Beachtung schenken. Denn es sind nicht unwichtige Momente, die die alleinige Anwendungsmöglichkeit der Diätbehandlung einschränken. 4 Gründe sind es vor allem, die aktive Maßnahmen unentbehrlich erscheinen lassen:

1) Ist die reine S.H.G.-Diät zu teuer und abhängig von ausländischen Produkten.
2) Zwingt sie die Patienten zu unnötig langem Heilstättenaufenthalt, was neben ungeheuren Aufwendungen seitens der Kostenträger für die Kranken und deren Familien auch einen nicht zu unterschätzenden Verlust an Arbeitskraft bedeutet.
3) Sprechen nicht alle Patienten gut auf die Diät an, manche zeigen sogar Fortschreiten unter der Behandlung.
4) Rein psychologisch ist es auf lange Sicht vollkommen unmöglich, die Patienten monatelang in einer Klinik zu halten, ohne

daß etwas anderes mit ihnen geschieht, als daß man ihnen die ohnehin nicht übermäßig ansprechende Diät verabreicht. Hinzu kommt noch vielfach die geringe Krankheitseinsicht der Lupuskranken, die Widerstände und Unzuträglichkeiten unausbleiblich macht.

Alle diese Gründe sind dazu angetan, aktive Methoden bei der Lupusbehandlung heranzuziehen und zu üben.

So muß notwendigerweise die Ideallösung der Lupusbehandlung und Bekämpfung eine sinnvolle individualisierende Kombination von allgemeinen, die natürlichen Funktionen der Haut steigernden, und lokalen Maßnahmen sein, die eine optimale Heilungszeit und Dauer versprechen, wobei die Früherfassung und Überwachung der Lupuskranken im Sinne einer nachgehenden Fürsorge von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Zuletzt erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. W. Schultze für die liebenswürdige Überlassung der Arbeit zu danken.

Für die zahlreichen Anregungen und Ratschläge bin ich ihm sowie Frl. Mittelbach zu größtem Dank verbunden.

SCHRIFTTUM.

1. Axmann, Zur Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose. Münch. Med. Wschr. 1930 I S. 708—709.
2. Bommer, S., Die Ernährungstherapie der Haupttuberkulose nach SHG. Münch. Med. Wschr. 1928 II 1599—1603.
3. — Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose. Münch. Med. Wschr. 1929 I 605 und 707—709.
4. — Neue Erfahrungen auf dem Gebiete der Hauttuberkulose unter bes. Berücksichtigung der Gersondiät. Strahlenther. Bd. 35 S. 139—148.
5. — Die Diätbehandlung des Lupus vulgaris. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 32 S. 811.
6. — Über Wirkungsvorgang und wirksame Faktoren der Diätbehandlung von Lupus vulgaris. Klin. Wschr. 1931 I S. 1211—1214.
7. — Beitrag zur Diätbehadnlung des Lupus vulgaris. Med. Klinik 1932 II S. 1601—1604.
8. — Zur Frage der Wirkung der SHG-Diät. Dtsch. Med. Wschr. 1934 I 735—739.
9. — Fortschritte in der Behandlung des Lupus vulgaris. Fortschr. Ther. 1934 Bd. 10 S. 399—403. Ref. Zbl. Tbk. Forsch. Bd. 41 S. 528.
10. Bernhardt, L., Über die Behadnlung des Schleimhautlupus mit salzarmer Kost. Dermat. Wschr. 1930 Nr. 2 Bd. 90.
11. Bernhardt, L. u. Bommer, S., Die Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris. Dtsch. Med. Wschr. 1929 Nr. 31.
12. Blumenthal, F., Die Behandlung der Hauttuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Diättherapie. Münch. Med. Wschr. 1930 II 432—435.
13. Bruusgaard, E. u. Hval, E., Über die SHG.-Diät und ihre Erfolge. Norsk. Mag. Laegevidensk. Bd. 92 S. 1157—1175. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 36 S. 709.
14. Cyganova, Russkiy vestink. dermatologie Bd. 5 Nr. 3 S. 255—63 (Kochsalz bei der Hauttuberkulose). Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 28 S. 758.
15. Engelhard, W., Zur Diätbehandlung der Hauttuberkulose. Arch. f. Dermat. Bd. 160 §§ 104—108. Ref. Zbl. f. Hautkrankh. Bd. 31 S. 418.
16. Falta, W., Ist die Gersondiät bei Tuberkulose zu empfehlen? Wiener klin. Wschr. 1930 I S. 148—149. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 33 S. 196.
17. Gerson, M., Ergebnisse der Diätbehandlung der Hauttuberkulose. Klin. Wschr. 1930 I S. 693—694.
18. Gibley, W. Knowsley, The Traetment of tuberculosis of cutis. Urol. a. cut. review Bd. 28. Nr. 4 S. 193—194. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 23 S. 423.
19. Hagedorn, K., Vitamine und Tuberkulose. Eine kritische Besprechung der experimentellen und klinischen Ergebnisse einschl. der Diäten nach SHG. Zbl. f. Tbk. Forschung Bd. 34 S. 665—687 und 809—848.
20. Jaffe, Käte, Steffens, Haematologische Unters. bei Hauttuberkulose während der Behandlung mit SHG.-Diät. Münch. Med. Wschr. 1931 I S. 703—705.
21. Jesionek, A., Zur Diätbehandlung der Hauttuberkulose. Münch. Med. Wschr. 1929 I S. 867—870.
22. — Die Hauttuberkulose und ihre Behandlung. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 36 S. 305.
23. — Biologie der Haut. Gießen 1929. Verlag Töpelmann.

24. Jesionek, A. u. Bernhardt, L., Diätetische Behandlung der Hauttuberkulose und Ernährungsbiologie. Tuberkulose Bibliothek 1930 Nr. 37.
25. Kitamura, S., Die Diättherapie der Hauttuberkulose. T. Mitt. klin. Teil. J. of Orient. med. 15. Dtsch. Zusammenfassung 147 (Japanisch). Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 36 S. 709.
26. Reyn, A., Lichtbehandlung der Hauttuberkulose. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 30 S. 743.
27. Schimanko, J., Die biologische Grundlage der Behandlung der Hauttuberkulose. Arch. f. Dermat. Bd. 162 S. 442—449.
28. Sellei, J., Meine Erfahrungen mit der Gersondiät bei Hauttuberkulose. Zbl. f. Tbk. Bd. 33 S. 810.
29. Stümpke, G. u. Bernhard H. N. Mohrmann, Diättherapie bei Lupus und anderen Hautkrankheiten. Med. Klin. 1931 I S. 235—238.
30. Tommassi, L., Die kochsalzarme Kost beim Lupus vulgaris und bei Radiodermatiden. Dermat. Wschr. 1935 S. 1341.
31. Tesdal, M., Die Wirkung der SHG.-Diät auf den Stoffwechsel. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 38 S. 238.
32. Volk, R., Die Diättherapie der Hauttuberkulose. Wien. klin. Wschr. 1930 II S. 857—859.
33. — Therapie des Lupus vulgaris und die Gersondiät. Wien. klin. Wschr. 1930 I 1466—1468.
34. Wichmann, P., Über die Beeinflussung der Hauttuberkulose durch die Diät nach gerson. Ref. Zbl. f. Tbk. Bd. 28 S. 219.
35. — Ergebnisse der Diätbehandlung der Hauttuberkulose. Münch. Med. Wschr. 1929 II S. 2366—68.
36. — Verschlimmerung von Haut- und Schleimhauttbk. bei Gersondiät. Beitrag klin. Tbd. Bd. 3 S. 825—28.
37. — Erfahrungen mit der Ernährungstherapie bei Hauttuberkulose. Zbl. f. Tbk. Forschung Bd. 33 S. 597.

LEBENSLAUF.

Ich, Karl Schnabel, Sohn des Karl Schnabel und seiner Ehefrau Margarete geb. Kern, wurde am 11. 2. 1914 in Hainstadt (Kr. Offenbach) geboren. Nach dreijährigem Besuch der Volksschule in Hainstadt, trat ich Ostern 1923 in die Oberrealschule in Hanau ein und bestand Ostern 1932 an der Oberrealschule am Friedrichsplatz in Offenbach a. Main die Reifeprüfung. Ich widmete mich dem Studium der Medizin und verbrachte als Vorkliniker zwei Semester in Wien und drei in Gießen. Dann bezog ich für je ein Semester die Universität München und Kiel und für zwei Semester die Universität Frankfurt, um im 10. Semester wieder nach Gießen zurückzukehren. Am 8. 11. 33 bestand ich den 1. und am 28. 8. 34 den 2. Teil der ärztlichen Vorprüfung. Die ärztliche Staatsprüfung bestand ich am 23. 11. 37. Seit dem 1. 12. 37 bin ich als Medizinalpraktikant an der hiesigen Hautklinik tätig.